

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DOLICHOCOLON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 18 Janvier 1932

PAR

Gabriel-André LE GOFF

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BREST (Finistère), le 22 novembre 1906.

Examineurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
ROCHER, professeur.....	Juges.
JEANNENEY, agrégé.....	
LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DOLICHOCOLON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 18 Janvier 1932

PAR

Gabriel-André LE GOFF

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BREST (Finistère), le 22 novembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÉS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CBREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME BIEN-AIMEE

Ayant partagé nos peines, puisse-t-elle
un jour partager nos joies.

A MES PARENTS

A LA MEMOIRE
DE MONSIEUR EDMOND BALLUE

*Maître principal de Timonerie,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

MORT POUR LA FRANCE

A MA BELLE-MERE

A MES BEAUX-FRERES ET SOEURS

A MON GRAND AMI ANDRÉ GALERON

Ancien élève du Service de santé de la marine.

IN MEMORIAM

A MONSIEUR DE SAINT-AMANS

*Ancien attaché d'ambassade,
Avocat à la Cour d'appel de Nancy.*

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MON AMI LOUIS PIRIOU

En témoignage de ma très sincère amitié.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MONSIEUR FERNAND LAPORTE

Qui fut notre guide éclairé et précieux
dans cette étude. Toute notre reconnais-
sance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la marine et des colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, il nous reste un devoir bien agréable à remplir : celui de remercier les maîtres et professeurs qui nous ont conduit dans le domaine admirable et difficile de la médecine.

Notre reconnaissance s'adresse à nos professeurs de l'Ecole annexe de médecine navale de Brest, qui guidèrent nos premiers pas par leur enseignement anatomique magistral, à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux dont la science et l'art consommés, l'accueil toujours bienveillant nous ont appris à connaître et à aimer la médecine.

Que tous daignent trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre sincère admiration.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DOLICHOCOLON

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Depuis quelques années, on a spécialement étudié dans la pathologie du tube digestif une nouvelle entité morbide : le dolichocôlon.

Les premiers essais sur le dolichocôlon ont été publiés par les anatomistes. Ils se bornaient à pratiquer des mensurations sur le cadavre, et concluaient de ce seul point de vue à l'existence ou non du dolichocôlon, selon que la longueur du gros intestin était supérieure ou non à un chiffre, lequel, on le conçoit bien, n'était pas le même pour les différents auteurs.

Plus tard, dès que les méthodes pasteurienues eurent permis de nombreuses interventions chirurgicales, on put constater l'importance des modifications de longueur du gros intestin sur la pathologie du tube digestif. Les travaux de Trousseau, Rendu et Potain en France, Virchow, Von Samson et Gysi en Allemagne, Shober, Black et Davis en Amérique, en font tous mention.

Les plus récents travaux ont notamment contribué à préciser que, dans la longue période prémonitoire du volvulus,

on pouvait retrouver presque tous les éléments de la symptomatologie du dolichocôlon telle qu'elle est aujourd'hui généralement admise. Arbuthnot, Lane et Chiapple ont ainsi attribué à un allongement de certaines portions du côlon un grand nombre de cas de stase intestinale chronique.

Pozzi, puis Lejars, et à leur suite quelques auteurs, opposèrent à la conception généralement admise du caractère acquis du dolichocôlon la doctrine congénitale.

A l'heure actuelle, le débat est toujours en suspens, et nombre de travaux seront encore nécessaires pour établir une discrimination certaine entre ces deux thèses.

Les récentes méthodes d'*explorations radiologiques* ont fait la lumière sur un grand nombre d'affections du segment terminal de l'appareil digestif, où l'on ne pouvait porter que des diagnostics le plus souvent erronés. Le dolichocôlon s'est vu attribuer ainsi une place méritée à côté des grands syndromes intestinaux. Il reste encore à la clinique à en tracer définitivement le cadre.

Voici quel est, dans notre étude, le plan que nous avons adopté :

CHAPITRE I. — *Définition.*

CHAPITRE II. — *Etiologie et Pathogénie.*

CHAPITRE III. — *Symptomatologie et Etude radiologique.*

CHAPITRE IV. — *Complications.*

CHAPITRE V. — *Diagnostic.*

CHAPITRE VI. — *Traitement.*

CHAPITRE VII. — *Documents cliniques.*

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION

Nous venons de voir que les premiers cas connus de dolichocôlon ont été des *trouvailles d'autopsie et d'interventions chirurgicales*. La radiographie nous a ensuite permis d'étiqueter sous ce nom des syndromes jusque-là très obscurs. La connaissance clinique trop récente du dolichocôlon ne nous permet pas d'en donner une définition très rigoureuse.

A côté des manifestations morbides le plus communément observées, il en existe une telle variété qu'il semble à première vue impossible d'en dégager les plus importantes, et d'en faire une synthèse harmonieuse en vue d'un diagnostic précis.

Trois sortes de faits (anatomiques, cliniques et radiologiques) nous permettent de donner la définition suivante : le dolichocôlon est un syndrome caractérisé :

a) *Anatomiquement*, par un allongement démesuré d'une ou plusieurs parties du gros intestin, allongement arrivant à modifier considérablement la situation et le trajet de ces portions (Lardennois et Aubourg);

b) *Cliniquement*, par des troubles digestifs variés dont les plus importants sont :

la constipation opiniâtre;

l'aérocolie;

des crises douloureuses d'un type particulier.

c) *Radiologiquement*, par un allongement localisé d'un segment du gros intestin, le plus souvent du côlon gauche, se traduisant sur les clichés par des images tout à fait caractéristiques et sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure en détail.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOLOGIE

I. — Etiologie.

a) FRÉQUENCE. — Le dolichocôlon est une affection fréquente. Les pourcentages varient avec les examens.

Autopsie. — Bryant trouve 14 p. 100 sur 242 cas, mais ses statistiques portent à la fois sur des fœtus, des enfants et des adultes, et il n'a pas tenu compte de l'erreur sur les longueurs relatives du côlon aux différents stades de la vie. Ses évaluations sont donc excessives.

Examens radiologiques. — White, dans ses statistiques, donne une fréquence de 5 p. 100, Kantor, 9,2 p. 100, Strauss, 8 p. 100. Larrimore arrive à un chiffre beaucoup plus élevé 18 p. 100. Tous les sujets porteurs de ces allongements présentaient des troubles digestifs chroniques.

b) SEXE. — Kantor et Strauss donnent une prédominance au sexe masculin; White au sexe féminin. Bensande, s'appuyant sur le fait que le volvulus est plus fréquent chez l'homme (4 fois plus) que chez la femme, considère le dolichocôlon plus fréquent chez le premier.

c) RACE. — Von Samson note que les Russes sont atteints de dolichocôlon dans la proportion de 20 p. 100. N'oublions pas que chez eux le volvulus est très fréquent. Il en serait de même aux Indes et en Amérique du Nord. Est-ce à dire que le facteur ethnologique intervienne dans l'étiologie du dolichocôlon ? Il est probable que non. Il doit plutôt résulter du facteur alimentation, et en particulier du régime végétarien.

d) HÉRÉDITÉ. — Bensaude cite un exemple de famille à dolichocôlon. Dans les publications de Chiray, on trouve trois familles, dont l'une présentant trois cas.

e) ÂGE. — Le plus souvent, le début a lieu à l'âge adulte. Il est rare de l'observer dans l'enfance et la vieillesse. C'est un caractère important qui aide à le différencier de la maladie de Hirschprung, qui se manifeste de façon très précoce.

f) TYPE MORPHOLOGIQUE. — Il semble n' avoir pas de différence entre le type asthénique et hypersthénique.

g) SIÈGE. — La plupart des auteurs s'accordent à en fixer le siège le plus fréquent sur le côlon gauche. On le trouve ensuite le plus souvent sur le transverse (Lardennois et Aubourg), sur le côlon iliaque et l'angle splénique (Chiray).

h) ASSOCIATION AVEC D'AUTRES SYNDROMES. — Il est fréquent de trouver associé au dolichocôlon d'autres syndromes digestifs : appendicite, péricolite droite, bride de Lane, membrane de Jackson et ulcus duodénal.

II. — Pathogénie.

Les théories pathogéniques proposées sur le dolichocôlon sont très nombreuses et font l'objet, chaque année, de multiples discussions. Nous les rappellerons brièvement pour mémoire. Elles sont, les unes anatomiques, les autres physio-pathologiques.

A. — THÉORIES ANATOMIQUES.

Elles sont basées sur l'étude de l'embryon, du fœtus et du nouveau-né.

a) *Malformations congénitales.* — Troubles de la vie intra-utérine. Ces malformations peuvent survenir aux différentes phases du développement. Quelques brèves notions embryologiques nous permettront de suivre les causes possibles de ces malformations.

Le développement du tractus gastro-intestinal se fait sché-

matiquement en deux stades : jusqu'à 5 mois de la vie intra-utérine, le tube digestif est un organe court, médian et sagittal. A partir de ce moment, l'intestin augmente rapidement de longueur, beaucoup trop rapidement même par comparaison avec l'augmentation de la cavité qui le contient. Il est donc obligé, pour s'y loger, de subir un certain nombre de modifications dont l'absence ou l'insuffisance donneront :

des anomalies de migration;
des anomalies de rotation;
des anomalies de descente;
des anomalies de fixation;

b) *Persistance et aggravation chez l'adulte d'une disposition normale chez l'enfant.* — Etablissons le rapport

$$\frac{\text{longueur du côlon}}{\text{longueur du grêle}}$$

chez l'enfant et chez l'adulte.

Nous trouvons :

$$\begin{aligned} \text{pour l'enfant : } \frac{l. c.}{l. g.} &= \frac{1}{4}, \\ \text{pour l'adulte : } \frac{l. c.}{l. g.} &= \frac{1}{6}. \end{aligned}$$

Si donc ce rapport, au lieu d'être 1/6 chez l'adulte reste comme chez l'enfant 1/4, on aura un dolichocôlon.

c) *Variations individuelles.* — Elles sont très considérables; elles varient avec les mensurations des différents auteurs. On peut néanmoins admettre, avec Bécclère, dont les statistiques donnent comme moyenne de longueur du côlon (sur 100 cas) 111 centimètres, qu'il y a dolichocôlon au delà de 125 centimètres.

B. — THÉORIES PHYSIO-PATHOLOGIQUES.

Affection acquise, secondaire à des troubles du transit intestinal total ou même à des inflammations colitiques (Chiray).

Pour les uns (Pauchet), il est dû à de mauvaises habitudes

intestinales, entraînant la constipation chronique. Pour d'autres (Zorzi), il serait fonction d'un trouble de l'innervation colique. Pour d'autres, enfin (Lardennois et Aubourg), la colite constituerait le trouble initial.

Après l'exposé de ces théories, nous devons nous poser deux questions :

1° Pourquoi y a-t-il *allongement* ?

2° Pourquoi son siège est-il *généralement électif* au *côlon gauche* ?

Il est logique de penser que les trois facteurs, anatomique, physiologique et pathologique, doivent se superposer.

a) *Le facteur anatomique* peut être appelé *prédisposant*, dans certains cas, d'une anomalie dans la rotation ou la fixation du côlon. Parfois la structure histologique du segment colique pourra être mise en cause. D'autres fois, enfin, l'innervation du côlon nous donnera, peut-être, une idée directrice.

b) *La physiologie* du gros intestin reste, malgré de nombreux travaux, encore assez obscure. C'est un complexe de fonctions motrices, nerveuses, sécrétoires. Il est de toute évidence que certains régimes alimentaires favorisent la stase intestinale chronique. Au début, les fibres musculaires lisses du côlon doivent, comme les fibres cardiaques, s'hypertrophier. *Il y a donc compensation*. Mais ici le stade de compensation est plus long, car les fibres lisses n'ont pas la même différenciation que les fibres cardiaques... Mais, à la longue, la fibre se laisse distendre, et, si l'on administre des drastiques et des laxatifs, il y a des évacuations intermittentes (*phase d'hyposystolie*, comme pour la digitaline au cœur). Il arrive, enfin, un moment où la fibre ne réagit plus aux médicaments, et il y a rétention opiniâtre des matières (*phase d'asystolie*).

Ainsi donc ces deux premiers facteurs nous permettent de donner une solution à la première question posée plus haut.

Il y a allongement parce que la fibre se fatigue.

Supposons un gros intestin anormalement fixé (mésos très

lâche, inséré à une place non habituelle), à paroi dont la musculature sera déficiente ou même normale. Survienne un régime alimentaire favorisant la stase, nous aurons après une longue période *une dilatation en longueur* de ce segment du tube digestif.

En répondant à la seconde question, nous répondrons en même temps à la première. Le côlon peut être divisé fonctionnellement en deux parties : un premier segment comprenant le cæcum et une partie du transverse ; un deuxième comprenant le reste du transverse et le sigmoïde. Le premier renferme des liquides. S'il se laisse dilater, ce sera dans le sens de la largeur (mégacôlon). Le second renferme des solides ; s'il se dilate ce sera en longueur (dolichocôlon).

c) *Le facteur pathologique.* — Certains auteurs font entrer *dans les causes* du dolichocôlon des affections digestives variées, et surtout le volvulus, la péricolite et les brides coliques. D'autres, au contraire, montrent ces affections comme une *conséquence* du dolichocôlon.

Il ne nous appartient pas ici de venir trancher le différend. Et tout d'abord, la connaissance du dolichocôlon est trop récente, les examens radiologiques systématiquement pratiqués ne sont pas encore entrés dans la médecine courante. Aussi bien serait-il hasardeux de se laisser entraîner sur cette pente glissante. D'autre part, si le volvulus, les brides, la péricolite, sont *la cause* du dolichocôlon, celui-ci se voit appliquer, au lieu du titre important de *syndrome*, celui, plus banal, de *complication*. Nous laissons le verdict entre les mains de maîtres plus qualifiés que nous. Nous nous bornons au petit paragraphe de notre exposé étiologique : *Association avec d'autres syndromes digestifs*.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE. — ETUDE RADIOLOGIQUE

I. — Symptomatologie.

Le fond de la symptomatologie du dolichocôlon est constitué par de la constipation chronique et opiniâtre, de l'aérocolie et des douleurs d'un type particulier. Le peu de connaissances que nous avons sur sa pathogénie, la fréquence, d'autre part, de son association à d'autres syndromes digestifs, nous montrent que le problème, tout en gardant une orientation pour ainsi dire typique, est susceptible d'admettre des variantes dont l'interprétation n'est pas sans difficultés.

Nous décrirons donc :

- Une forme typique;
- Des formes cliniques.

A. — FORME TYPIQUE.

Etudions les éléments de la triade symptomatique.

Le début est insidieux et la constipation paraît être le seul élément jusqu'ici constaté. On a pu observer des troubles digestifs fort vagues, de l'amaigrissement, de la dyspnée d'effort, des douleurs variables dans le temps et dans l'espace, tous signes pouvant exister au début d'un grand nombre d'affections. A la période d'état, trois signes cardinaux s'imposent à l'observation :

1° La *constipation*, dont les principaux caractères, et qui doivent alerter le clinicien, s'ils existent nettement, sont :

a) *La précocité*. — Si l'examen permet de recueillir les antécédents personnels assez éloignés, on trouvera une constipation très marquée, se prolongeant 8, 10 jours et même davantage, avec, comme caractère accessoire, celui d'être intermittente.

b) *La brusquerie*. — Un individu qui présentait pendant une période de plusieurs années une constipation modérée sans le plus léger trouble général voit subitement se constituer une constipation opiniâtre et intense.

c) *L'opiniâtreté et l'intensité*. — Elle peut durer plus d'un mois. Elle résiste aux laxatifs et aux purgatifs, aux lavements abondants et répétés.

d) *L'amélioration paradoxale* par des secousses répétées et prolongées (voyage en auto sur route creusée de fondrières). On ne rencontre jamais ce caractère dans la constipation spasmodique de la colite muco-membraneuse : il y a, au contraire, aggravation (Chiray).

2° *L'aérocolie*, symptôme caractéristique, mais qui manque trop souvent ou qui est incomplet. Au moment où l'on examine le patient elle peut être plus ou moins marquée. Aussi doit-on insister sur l'interrogatoire du malade. Elle se traduit par deux signes.

a) *Le ballonnement*. — A l'état typique, le ventre est proéminent, distendu, surtout dans la région sous-ombilicale. Souvent ce ballonnement est localisé à la région sous-costale droite et à la région périombilicale. Il est rare d'observer à jour frisant une manifestation du péristaltisme intestinal (fréquent dans le mégacôlon). Il faut noter que ce ballonnement ne peut en imposer jamais pour une adiposité, car on constate toujours une mince paroi, due sans doute à la distension. D'ailleurs, la palpation révélera cette sensation particulière de la résistance gazeuse. Il n'y a jamais de cordes coliques.

b) *Le météorisme*. — On peut arriver parfois à délimiter par la percussion l'anse distendue. La percussion des viscères pleins est toujours fort difficile; notamment le bord inférieur du foie est mal délimitable.

Enfin, signe commun à d'autres affections digestives, il y a des coliques gazeuses.

3° *Les crises douloureuses.* — Elles varient depuis la simple douleur colique à la douleur de type subocclusif, auquel cas on est amené à pratiquer un examen radiologique. Elles peuvent être généralisées à tout l'abdomen ou localisées. Elles n'ont aucune fixité ni dans le temps ni dans l'espace, ce qui permet d'éliminer des syndromes gastriques dont les douleurs sont horaires et toujours au même point. Elles peuvent se traduire par du ténesme et des épreintes. Leur durée est variable, de quelques heures à trois ou quatre jours. La contracture est généralement absente, ou très faible. Enfin, elle ne semble pas altérer l'état général (contrairement à d'autres syndromes abdominaux).

La fièvre. — Il est rare de l'observer. Si elle existe, elle est modérée.

Les troubles cardiaques et respiratoires sont l'exception.

B. — FORMES CLINIQUES.

Les signes de la forme typique que nous venons de décrire peuvent être remplacés ou simplement masqués par certains symptômes dont l'allure générale est susceptible d'égarer le diagnostic. Nous allons citer brièvement les principales formes symptomatiques.

a) *Forme colitique.* — Le début est brusque. Elle se traduit par une diarrhée permanente d'emblée, la constipation chronique étant absente. Ce ne sont pas des débâcles, faisant suite à une constipation, mais une diarrhée vraie. Tous les signes de colite intense sont observés au maximum : état nauséux permanent, intolérance pour certaines catégories d'aliments et de boissons. L'examen des selles révèle une colite de fermentation. L'amaigrissement et le mauvais état général sont remarquablement prononcés. Il peut exister du subictère avec gros foie.

b) *Forme dyspeptique.* — Le malade se présente comme un dyspeptique : aérophagie, nausées, douleurs dans la région

épigastrique. On fait un diagnostic de ptose gastrique. Mais le port d'une ceinture ne soulage en rien le malade. On trouve souvent un retard dans l'évacuation de l'estomac.

Il est probable que ces troubles relèvent d'une dyspepsie réflexe ou d'une compression de l'estomac par l'anse colique allongée et qui le repousse devant elle. Dans ce dernier cas, on peut constater un faux syndrome de sténose pylorique. Dans tous les cas, on a un gros ballonnement abdominal.

c) *Forme hépato-vésiculaire.* — Dans cette forme spéciale il y a toujours des signes colitiques. Or, on sait quel est le retentissement des affections intestinales sur le foie. Le fait pourrait donc passer pour être banal. Mais ici la crise hépato-vésiculaire avec léger subictère et point douloureux vésiculaire apparaît dans les quarante-huit heures qui suivent la crise colitique, et les chances d'erreur se trouvent écartées.

d) *Forme à prédominance colique droite.* — Les signes de la stase intestinale chronique sont au complet : douleurs dans la fosse iliaque droite, sans contracture, sans point de Mac Burney, sans vomissements, sans fièvre, faisant éliminer ainsi le diagnostic d'appendicite.

e) *Forme hémorragique.* — Chiray a relevé 5 fois sur 28 cas l'existence d'hémorragies intestinales et d'hématémèses chez des sujets présentant un dolichocôlon. Ces hémorragies sont le plus généralement occultes ou de moyenne intensité. Elles sont dues vraisemblablement à des déchirures vasculaires analogues à celles qu'on observe dans le volvulus incomplet. L'anémie semble être le résultat de ces hémorragies occultes, voire même de l'intoxication d'origine intestinale.

f) *Forme avec prédominance de signes généraux.* — Amaigrissement, perte de l'appétit, dyspnée d'effort, palpitations, asthénie marquée et dépression nerveuse. Vagues signes digestifs : langue saburrale, légères douleurs abdominales. Faire un examen radiologique du tube digestif. Le traitement d'épreuve permet de préciser le diagnostic.

g) *Forme de l'enfant.* — Elle revêt généralement le type de l'appendicite aiguë. Dans d'autres cas plus rares, elle se rap-

proche par sa symptomatologie de la maladie de Hirschprung : amaigrissement marqué, tympanisme, sans constipation.

II. — Etude radiologique.

Un fait capital acquiert dans cette étude la valeur d'un axiome : *Le dolichocôlon n'est reconnu avec certitude que par l'examen radiologique.* C'est assez dire son importance. N'est-ce pas d'ailleurs aux rayons X que nous devons son introduction comme nouveau syndrome dans la pathologie digestive?

Trois examens sont nécessaires :

Un examen sans préparation spéciale;

Un examen après ingestion de bouillie barytée;

Un examen par lavement opaque.

1° ASPECT RADIOLOGIQUE SANS PRÉPARATION SPÉCIALE. — Les clichés fournis par ce mode d'examen sont souvent causes d'erreur, surtout lorsque les poches de gaz occupent la partie gauche de l'abdomen et la région sous-costale gauche (confusion avec l'aérophagie).

2° EPREUVE DU TRANSIT. — Dès les premiers stades de la progression de la bouillie barytée, l'attention est déjà attirée par des déformations gastriques bizarres. Ces faits ont été signalés dès 1911 par Leven et Barret, et plus récemment par White. On peut ainsi observer des fausses biloculations, des déplacements inexplicables du pylore, de l'antrum et du bas-fond, des soulèvements en dôme, en culs-de-bouteille. On peut observer encore des déformations plus complexes par pression, torsion, traction.

L'évacuation de l'estomac s'en trouve gênée et retardée. La motricité de ses parois subit une irritation, d'où production de spasmes.

Le fait capital observé sur le gros intestin est le suivant : *l'anse anormalement allongée est toujours vide de baryte*, cependant qu'en amont et en aval on observe une stase mar-

quée. On arrive parfois dans des cas heureux à repérer le trajet de l'anse allongée par la progression de boulettes opaques isolées et espacées dont le caractère primordial est qu'elles sont plus grosses et plus distantes que celles observées dans les colites spasmodiques gauches. Le cheminement à travers l'anse allongée est plus rapide et les matières sont plus dispersées que dans les cas normaux. Au total, la traversée intestinale est lente.

3° *ÉPREUVE DU LAVEMENT.* — C'est l'examen qui donne avec certitude la preuve du dolichocôlon. Il sera précédé d'un lavement d'eau bouillie tiède de 1 litre suivi d'une garde-robe évacuatrice.

Le lavement opaque sera administré dans le décubitus ventral, car dans le décubitus dorsal le gros intestin (côlon transverse) se coude sur un dos d'âne formé par la colonne vertébrale, d'où écoulement du liquide de part et d'autre.

Il doit être poussé sous le contrôle permanent de la radioscopie, ce qui permet de faire éviter les spasmes par pénétration intempestive du liquide ou par arrêt sur coudures. Il doit être abondant, car ces intestins ont une capacité parfois extraordinaire (2 à 3 litres).

Le lavement bien administré montre le côlon dans ses moindres détails et contours. Pour le dolichocôlon, le doute n'est pas possible : allongement très caractéristique d'un segment du côlon.

Dolichocôlon sigmoïde. — Il peut très bien n'y avoir pas formation d'une anse supplémentaire; mais dès que le sommet du sigmoïde a dépassé le niveau des crêtes iliaques, le terme de dolichocôlon devient applicable (Chiray). La palpation permet parfois de déplacer latéralement ce segment allongé.

Lozzi décrit différents types : abdominal droit et abdominal gauche. Le premier se rencontrerait chez des sujets à bassin étroit, le second chez des sujets à bassin développé.

On peut aussi noter des dolichosigmoïdes à trajet compliqué : boucles, 8 de chiffre.

Dolichocôlon iliaque. — Il n'est pas rare. Il peut coexister avec le dolichosigmoïde, mais il est le plus souvent isolé.

Dolichocôlon descendant. — Moins fréquent. Il occupe presque toujours l'angle splénique.

Dolichocôlon transverse. — Il est rare. La caractéristique est d'être en U ou en V.

Dolichocôlon multiple. — Il a été observé dans quelques cas, surtout sigmoïde et iliaque.

Enfin le dolichocôlon peut se compliquer tardivement de mégacôlon (Galart Monès et Pinos).

CHAPITRE IV.

COMPLICATIONS

Elles sont dues à des causes mécaniques ou inflammatoires. La mieux étudiée et la plus anciennement connue est le *volvulus*. Viennent ensuite les péricolites suppurées, les complications vasculaires et enfin les lésions digestives à distance.

Le volvulus. — Deux conditions sont nécessaires à sa production (Potain, Forgue et Alglave) :

- a) Longueur anormale d'une anse sigmoïde et de son méso (dolichosigmoïde);
- b) L'étranglement de ce méso et, en particulier, de son pied. Ce dernier facteur est créé par une mésosigmoïdite rétractile avec accollement des deux branches de l'anse en canon de fusil.

Cliniquement, le *volvulus* peut se résumer en ces quelques mots : *occlusion aiguë, sauf les vomissements*. Pour le sujet qui nous occupe, il est inutile d'insister sur la symptomatologie. Ce qui nous intéresse au plus haut point c'est que le *volvulus* est précédé, dans l'immense majorité des cas, de symptômes digestifs identiques à ceux qu'on observe dans le dolichocolon : constipation, météorisme et crises douloureuses.

L'interprétation de ces signes est assez délicate. Les uns avec Roux pensent à un *volvulus permanent* mais incomplet, dont la mésosigmoïdite rétractile serait le résultat. Les autres avec Delbet incriminent des crises de *volvulus intermittent* ayant le même caractère que les grandes crises. Enfin, quel-

ques-uns avec Forgue donnent une explication différente : la constipation préside à la formation de la mésosigmoïdite rétractile. Tant que le méso reste assez souple, les légères crises de volvulus sont atténuées du fait que l'intestin peut rectifier sa direction par un effort de péristaltisme.

Quelle que soit la part de vérité apportée par ces explications, Vignier, Lefèvre, Leflaive, ont voulu y trouver des indications en faveur d'une intervention systématique lors de l'apparition de ces crises. Chiray, Lomon et Wahl, après de nombreux examens radiologiques, prétendent qu'aucun fait n'autorise à penser que ces signes auront comme conclusion une crise aiguë de volvulus : en effet, ils n'ont jamais trouvé d'ébauche de torsion de l'anse sigmoïde ni signe de mésosigmoïdite rétractile. Le sigmoïde est très mobile à l'état physiologique ; le dolichosigmoïde l'est encore davantage. Il peut donc se couder, subir même un commencement de torsion qui n'excéderait jamais 180 degrés. Ces crises douloureuses rentreraient ainsi dans le cadre du volvulus latent ou physiologique.

Néanmoins, des cas de volvulus vrai ont été observés et nécessitent des interventions. Patel en cite une observation typique : fin 1913, deux crises et occlusion aiguë de trois jours et huit jours, terminées par débâcles diarrhéiques. Au cours d'un examen prolongé, en décembre, il put constater une crise douloureuse analogue, et il vit alors se dessiner, sous la paroi amincie, une anse intestinale volumineuse dont le sommet atteignait l'ombilic. Le dolichocôlon fut constaté au cours de l'intervention. Le rectum était en avant.

Les *périsigmoïdites aiguës* sont décelées par de la fièvre, de légères réactions péritonéales, et de la diarrhée au moment des crises.

Complications vasculaires. — Elles se traduisent, comme nous l'avons vu précédemment, par des hémorragies intestinales et des hématomés. Pour les premières, l'explication est relativement facile : elles se produisent par torsion ou coudure au niveau des méso de ces anses mobiles. Mais pour

les hématoméses le problème n'est pas si simple. Il est rare d'observer un ulcus gastrique ou duodénal, comme on pourrait vraisemblablement le penser.

L'anémie, qui résulte de ces spolations sanguines, est parfois remarquablement prononcée. Il faudrait aussi rechercher le rôle de l'intoxication par stase chronique dans la diminution du taux de l'hémoglobine.

Lésions digestives à distance. — La péricolite droite et la périoduodénite semblent trouver dans quelques cas leur étiologie dans le dolichocôlon.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic.

A mesure que la science ajoute dans la pathologie d'un organe ou d'un système d'organes une nouvelle entité morbide, une préoccupation constante doit guider le clinicien : celle de toujours compter avec la nouvelle affection. Si donc un malade se présente avec des troubles digestifs variés : douleurs abdominales, signes de dyspepsie, hématuries, hémorragies intestinales, constipation, signe de colite..., il faudra toujours penser à un dolichocôlon possible.

Le diagnostic reposera sur le trépied classique :

Constipation chronique et opiniâtre;

Aérocolie;

Crises douloureuses à type particulier.

On procédera par éliminations successives dans les cas à symptomatologie atypique.

II. — Diagnostic différentiel.

1° Dans les formes à crises douloureuses, on pourra le confondre avec la crise d'occlusion aiguë. L'évolution rapide de la crise rassurera le plus souvent le praticien. L'interrogatoire montrera dans les antécédents des crises analogues.

Le cancer du côlon ou du rectum chez des sujets âgés : l'état général est tardivement atteint. Le toucher rectal, la rectos-

copie, l'examen des selles et la radiologie fixeront le diagnostic.

L'appendicite aiguë (dans les cas où le dolichocôlon est iliaque) : La fièvre, la contracture, les vomissements ne permettront pas le doute.

Les formes sténosantes de la tuberculose intestinale, avec syndrome de Kœnig : Antécédents, état général, examens bactériologiques.

Le mégacôlon se différenciera surtout par les signes radiologiques. Le mégacôlon serait, d'ailleurs, secondaire au dolichocôlon.

2° *Dans les formes à signes dyspeptiques prédominants.* — L'évolution d'une dyspepsie secondaire à un dolichocôlon se fait selon un type particulier : elle a un début très ancien, elle se développe sans caractère d'extrême gravité, elle garde une allure plutôt torpide, sans période d'accalmie, comme dans l'ulcus gastrique. Les vomissements sont rares. Pas de douleurs stomacales par la pression.

3° *Dans les formes à signes hépto-vésiculaires.* — Diagnostic en deux étapes : 1° syndrome secondaire à une affection digestive; 2° identification par la radiographie.

4° *Dans les formes à signes variables.* — Altération de l'état général, hémorragies, signes de péricolite... L'examen radiologique, seul, tranchera le diagnostic.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Deux théories, qui sont corollaires des deux principales théories pathogéniques (congénitale et physio-pathologique), se heurtent actuellement au sujet du traitement du dolichocôlon sans complication. La première veut que ce syndrome soit exclusivement réservé au *traitement médical*. La seconde, au contraire, indique une *intervention chirurgicale* immédiate. Il est inutile de revenir ici sur ce qui a été déjà vu au sujet des complications du dolichocôlon. La formule doit, en vérité, s'inspirer de bon sens et de patience. Disons avec Marfan, Bensaude et Monod, en cas d'échec : « après un essai loyal, minutieux et prolongé du traitement médical, il faut recourir aux traitements chirurgicaux avant d'avoir la main forcée par une crise de subocclusion ou une attaque d'occlusion aiguë ».

Traitement médical.

A. — TRAITEMENT DE LA MALADIE :

Régime. — Il sera basé sur l'examen des selles.

Médicaments. — Girault les prescrit de façon continue, pour agir constamment sur la motricité intestinale et pour régulariser le transit.

Racines de Podophylle	8 g.
Racines de Gratiolle	16 g.
Racines de Bryone	8 g.
Baies de nerprun	4 g.
Lin purgatif	16 g.

Macération à froid quarante-huit heures dans 200 cc. d'eau. Ajouter 100 grammes d'alcool à 60 degrés. Laisser vingt-quatre heures. Filtrer.

XXX gouttes dans 120 cc. d'eau pour la journée, par cuillerées à dessert, toutes les heures.

La belladone, à la dose de XXX gouttes par jour, calme la spasmodicité intestinale.

Les petits lavements huileux, et les entéroclyses avec extrait biliaire liquide.

Mlle Reicheneker prétend guérir le dolichocôlon par du courant galvanique faible en séances journalières de quarante minutes.

B. — TRAITEMENT DES CRISES. — Compresse chaude abdominales. Belladone et atropine. Entérochyse.

Traitement chirurgical.

A. — INTERVENTIONS INDIRECTES.

Wade et Royle, et, à leur suite, les neuro-chirurgiens américains, ont prétendu guérir radicalement le dolichocôlon en faisant, par voie transpéritonéale, la section du sympathique lombaire au-dessus du 1^{er} ganglion, l'ablation des 2^e, 3^e, 4^e et 5^e ganglions lombaires droits et gauches, ainsi que la résection des rami-communicantes y aboutissant. Attendons le contrôle par nos spécialistes.

B. — INTERVENTIONS DIRECTES.

INDICATIONS. — Tous les cas de dolichocôlon, même pur, ayant résisté au traitement médical.

Trois catégories d'opérations trouvent leurs indications dans la variété des symptômes observés.

1^o *Colectomie totale*. — Elle est applicable aux cas où le méso-sigmoïde est long, si l'état général est peu atteint, si la stase est très prononcée.

Technique :

Longue incision à gauche de la ligne médiane;
Libération du gros intestin;
Ligature du méso;
Résection intestinale;
Anastomose termino-terminale iléo-sigmoïdienne;
Réparation du méso;
Drainage intestinal;

2° *Sigmoïdectomie en deux temps* (Opération de Hartman-Lockhart, Mummery), sans anus définitif :

Technique :

Résection sigmoïdienne en canon de fusil, anus iliaque;

a) *Résection sigmoïdienne en canon de fusil, anus iliaque;*

b) *Entérorraphie secondaire.* Mise en place de l'entérotome. Enlever une semaine après.

3° *Sigmoïdectomie en trois temps* (opération de Mickulicz) :

a) *Résection d'une partie de l'anse allongée et aboutement à la peau.*

b) *Entérotomie.* Faire sauter l'éperon situé entre les deux anses jumelées et suturer;

c) *Fermeture de l'anus,* environ un mois plus tard, soit par voie péritonéale, soit par voie extrapéritonéale.

Ces deux dernières catégories conviennent aux cas compliqués d'hémorragies, de volvulus, d'adhérences...

CHAPITRE VII

DOCUMENTS CLINIQUES

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Fernand LAPORTE,
interne des hôpitaux.)

L... (Elise), 35 ans, cultivatrice à Gruery-Pissos (Landes), entrée à l'hôpital le 22 septembre 1934 pour constipation opiniâtre. Elle n'a pas eu de selle depuis un mois.

Histoire de la maladie. — Le début paraît remonter à quatre mois environ. Cette femme, jusque-là bien portante, commençait à ressentir des douleurs abdominales : il s'agissait de coliques d'intensité moyenne étendues à tout l'abdomen. Pas de vomissement, pas de diarrhée, pas de constipation. La malade allait à la selle tous les jours et ses selles étaient restées normales. Pas de fièvre.

Ces douleurs sont restées sans changement depuis cette époque, obligeant la malade à cesser son travail. L'état général était d'ailleurs un peu atteint : amaigrissement notable, mais conservation de l'appétit.

Brusquement, depuis un mois, constipation opiniâtre, telle que la malade n'a pas eu de selles depuis ce moment-là.

Antécédents personnels. — Jamais de maladies. Bien réglée. Il y a trois ans, une grossesse terminée par la césarienne; l'enfant n'a pas vécu. Malgré un interrogatoire serré, on ne peut trouver dans les antécédents aucun passé pathologique digestif. En dépit d'une bonne santé indubitable, la malade est chétive; son intelligence est au-dessous de la moyenne. En un mot, elle présente un degré certain de nanisme.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Examen : appareil digestif. — Langue très légèrement saburrale. Denture en très mauvais état. L'abdomen paraît légèrement ballonné. Légère résistance de la paroi, sans la moindre contracture. En déprimant la fosse iliaque gauche, on provoque un ballonnement marqué des autres régions.

La percussion ne permet pas de délimiter le bord inférieur du foie. Les derniers espaces intercostaux sont sonores par suite de l'interposition probable du côlon.

Au toucher rectal, rien d'anormal. Les douleurs, la constipation et le météorisme sont les seuls signes observés. Bien que la malade ne répond pas très bien à ce sujet, on est en droit de penser que les gaz passent par l'anus, en raison de la distension peu importante des anses intestinales.

Autres appareils. — Rien à signaler.

Etude radiographique. — L'épreuve du transit révèle un retard dans l'évacuation : bulles gazeuses et petites boulettes barytées indiquant vaguement le trajet de l'anse allongée.

Lavement : Rectum normal à anse sigmoïde considérablement allongée, qui se dirige d'abord à droite, monte vers l'angle hépatique, puis redescendant à gauche. Elle se continue avec un côlon ascendant normal.

Pas de modification du calibre.

Traitement médical : Formule classique; en outre, belladone et psyllium.

Evolution. — Type de dolichocôlon pur, sans complications, avec la triade classique, guérissant par le traitement médical.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOIN.)

P... (Hélène), 43 ans, domestique à Angoulême, vient à l'hôpital pour troubles digestifs dont les premiers signes remontent à 1918.

Son histoire se divise en deux syndromes :

a) Le premier est un syndrome d'ulcère duodénal, qui débute

en 1918 par des douleurs trois heures après les repas, des vomissements et plusieurs hématomèses. Soumise au traitement médical, elle passa par des phases d'amélioration et de recrudescence jusqu'en 1930. En 1925, elle subit à Angoulême une laparotomie exploratrice, qui ne montra aucune lésion duodénale.

Depuis quelques mois, elle ne souffre plus de l'estomac et il semble que l'ulcère, s'il a existé, est aujourd'hui cicatrisé.

b) Actuellement, cette malade souffre de l'hypocondre gauche; elle présente dans cette région des crises douloureuses, avec ballonnement local, qui surviennent irrégulièrement. Il est difficile de préciser le début exact de ces crises, car au début elles étaient perdues au milieu du complexe digestif qu'elle présentait. Mais maintenant les crises se rapprochent, et la malade en a presque tous les jours. Elle a de plus une constipation opiniâtre; elle ne va à la selle que tous les dix jours.

En septembre 1931, hémorragie intestinale de 1 litre de sang environ, avec crise douloureuse suivie de fièvre pendant cinq jours.

Antécédents personnels. — Entérite, pleurésie, tabes fruste.

Examen radiologique. — Les épreuves du transit et du lavement montrent une dolichosigmoïde.

Traitement médical. — Laxatifs, belladone, entéroclyses. Aucune amélioration.

Traitement chirurgical. — Devant la fréquence croissante des crises, dues sans doute à un commencement de volvulus, on décide une intervention : résection sigmoïdienne en canon de fusil, 20 centimètres entre deux pinces de Martel (20 novembre).

Suites. — Elévation thermique légère (38°) due à un abcès pariétal, que l'on draine. Mise en place de l'entérotomie le 17 décembre 1931; enlevé une semaine plus tard.

Evolution. — La malade se porte tout à fait bien. La plaie pariétale est presque entièrement cicatrisée. La date trop récente de l'intervention ne nous permet pas d'indiquer encore une guérison absolue.

Discussion. — Dolichocôlon de forme atypique, avec prédominance des signes d'ulcère duodénal, des hématomèses, une hémorragie intestinale, et enfin des signes classiques de dolichocôlon.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Mme C..., 50 ans, vue le 16 novembre 1931.

Histoire de la maladie. — La malade vient consulter pour faiblesse générale très marquée, amaigrissement considérable et pertes de sang par l'anus.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 57 ans de cancer du rectum. Père mort accidentellement.

Antécédents collatéraux. — Deux frères vivants, en bonne santé.

Antécédents personnels. — Nuls : *Actuellement*, la malade se présente considérablement amaigrie et anémiée. Elle a de la dyspnée d'effort et des vertiges. Depuis quelque temps, elle a des débâcles diarrhéiques survenant après des périodes de constipation opiniâtre.

On observe un léger ballonnement abdominal. La percussion délimite mal le bord inférieur de la matité hépatique.

Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal.

Etude radiologique. — Epreuve du lavement : Rectum normal. Anse sigmoïde considérablement allongée et dessinant une boucle située tout entière dans la partie gauche de l'abdomen et remontant jusqu'à l'angle splénique.

Pas d'augmentation de calibre du côlon. Les bords afférent et efférent de la boucle se trouvent situés presque au même niveau, disposition pouvant favoriser le volvulus de l'S iliaque.

Traitement. — Belladone et atropine, stovarsol.

Evolution. — Légère amélioration. A revoir dans un mois.

Discussion. — Cas à forme atypique présentant des signes d'atteinte de l'état général, des hémorragies intestinales, de la dyspnée d'effort, des vertiges.

OBSERVATION IV.

(HOUDARD.)

Mme A..., 38 ans. Vient à l'hôpital pour des troubles digestifs apparus depuis plusieurs années (précision impossible à ce sujet).

Ces troubles, d'ailleurs, se résument en douleurs abdominales, sous forme de coliques assez violentes, et en constipation opiniâtre. La malade reste plusieurs jours sans aller à la selle, et elle ne peut s'exonérer qu'avec des laxatifs.

L'examen montre un ventre un peu distendu et révèle sur la ligne médiane une tumeur du volume de deux poings, mate à la percussion, de consistance pâteuse à la palpation, tumeur véritablement malléable, qui ne peut être qu'un fécalome. Quelques laxatifs suivis de selles abondantes la font, d'ailleurs, rapidement disparaître.

L'examen radiologique montre un côlon très allongé, enroulé sur lui-même, formant plusieurs boucles, image d'un dolichocôlon accentué.

Devant l'importance de la rétention stercorale, on décide l'intervention.

Opération (le 4 mai 1926). — Laparotomie sous-ombilicale. On a tout d'abord des difficultés pour refouler le grêle et on s'aperçoit qu'il est avec son méso complètement enroulé autour du mésosigmoïde. On trouve un allongement considérable du côlon gauche portant surtout sur l'anse sigmoïde, dont le sommet est à la partie supérieure droite de l'abdomen. Il n'y a pas, le long du côlon, de lésions de périviscérite. Par contre, quelques adhérences molles entre l'utérus et le rectum ferment le Douglas. Elles sont libérées. Après cette libération, on remarque que sur le rectum il reste plusieurs brides, et notamment une forte bride transversale, qui le cravate et l'aplatit contre le sacrum. Elle est réséquée complètement entre deux ligatures; le rectum reprend aussitôt son volume normal, et on se rend compte, en comprimant le côlon, que les gaz passent facilement.

La malade est revue en septembre 1926, cinq mois après l'intervention. Bien qu'elle n'ait suivi aucun traitement médical, la constipation a notamment diminué ainsi que les douleurs. L'examen radiologique montre une très nette diminution de la dolichocolie et de la dilatation, notamment sur le sigmoïde et le côlon descendant; les boucles ont complètement disparu. C'est donc là un cas de dolichocolie mécanique.

OBSERVATION V (Résumée).

(HOUDARD.)

Mme C..., 36 ans. Mêmes signes fonctionnels que précédemment, avec mêmes signes radiologiques.

Le traitement médical échoue.

Opération (le 12 décembre 1929). — Même disposition des anses grêles. Sur le mésosigmoïde, plusieurs brides blanchâtres. Une bride particulièrement développée part dans ce méso, près de l'insertion intestinale et rejoint les annexes gauches dans le ligament infundibulo-colique; elle bride et coude au passage le pied du sigmoïde. Ablation des annexes gauches. Résection des brides et réfection du péritoine.

La malade est revue en février 1927, deux mois après l'opération. Résultat fonctionnel parfait. Par contre, l'examen radiologique ne montre pas de modification de la longueur du gros intestin.

OBSERVATION VI.

(CHIRAY, LOMON et WAHL.)

M. S..., 63 ans. Dolichocôlon iliaque. Vu pour des crises douloureuses du ventre, survenant une fois par an, à peu près depuis 30 ans.

Antécédents. — Il y a trente-cinq ans environ, il s'est produit un épisode aigu avec douleurs gastriques, fièvre et grande hématurie. On a proposé au malade une intervention, qu'il a refusée. Il a eu depuis cette époque plusieurs crises de coliques néphrétiques, nettement distinctes des crises intestinales.

Histoire de la maladie. — Le malade se plaint de crises espacées, très violentes, avec douleurs localisées à la fosse iliaque gauche, mais sans contracture. A ce moment il souffre d'un ballonnement généralisé et rend peu de gaz par l'anus. On craint parfois une occlusion complète. La durée de la crise est d'une dizaine d'heures. Dans l'intervalle, l'état est excellent.

Examen. — Il s'agit d'un sujet vigoureux, corpulent, menant une vie très active. Son ventre reste légèrement ballonné en dehors des crises.

Examen radiologique. — *Par le transit*, on constate l'évacuation rapide d'une partie de la baryte, le reste s'attardant dans le côlon droit et le transverse, qui ne sont pas vides au bout de trois jours.

Le lavement montre une boucle colique supplémentaire en situation abdominale, s'insérant entre la partie terminale du côlon iliaque et l'origine du sigmoïde. Celui-ci est en situation pelvienne normale.

Examen des selles. — Il y a une énorme augmentation du taux des acides de fermentation, car 34 cc. 4 de soude normale sont nécessaires pour neutraliser 100 grammes de fèces. En outre, existent des hémorragies occultes.

Evolution. — Nous avons observé la disparition des crises par le régime et le traitement.

OBSERVATION VII.

(CHIRAY, LOMON et WAHL.)

M. V..., 65 ans. Dolichosigmoïde. Vu en mai 1928, pour crises douloureuses intestinales.

Histoire de la maladie — Ces crises durent depuis une quinzaine d'années et surviennent tous les deux mois environ, à n'importe quelle heure, aussi bien le jour que la nuit. Le début en est brusque, parfois à la suite d'une émotion, d'un voyage, d'une fatigue. Elles sont caractérisées par une sensation de torsion des viscères, diffuse, étendue à tout l'abdomen, sans localisation spéciale à droite ou à gauche. La crise dure une journée, puis le malade éprouve une sensation de détorsion, des gargouillements apparaissent, ainsi que des gaz et une diarrhée séreuse comme de l'eau claire. Après les crises, le malade reste constipé pendant trois jours. Dans l'intervalle de celles-ci, il garde un bon état général et un bon appétit. Les selles sont normales, bien moulées. Il n'y a pas de constipation, mais, deux ou trois fois, sont survenus des vomissements.

Il y a deux ans, cet homme eut une crise plus violente et resta quinze jours sans aller à la selle. On fit à Etampes un anus iliaque gauche, qu'on ferma au bout de six mois. Pendant un an et demi, il n'y eut plus d'incidents.

Il y a un mois et demi, est survenue une nouvelle crise, plus forte encore que d'habitude, arrachant des cris. Elle a débuté à 2 heures de l'après-midi. A 7 heures sont apparus des vomissements alimentaires, puis bilieux. Le lendemain matin, le malade a rendu des selles nombreuses, molles et non plus aqueuses comme autrefois. Cette diarrhée a marqué la fin de la crise.

La semaine dernière, enfin, il a eu une crise moins vive avec des vomissements immédiats.

Dans l'intervalle des crises, le malade ne se plaint de rien.

Examen. — Le malade a un bon état général, mais sa langue est saburrale.

La paroi de l'abdomen est mince, peu adipeuse. On voit la cicatrice de l'intervention, et, à ce niveau, la résistance est défectueuse. Si on fait tousser le malade, l'intestin fait saillie. Au niveau de l'estomac, on trouve une poche à air très sonore, sous la 6^e cote.

A droite, la paroi est difficilement dépressible, mais il n'y a de douleur en aucun point. Le foie est gros, mesurant 12 cm. 1/2 de hauteur sur la ligne mamelonnaire. Il est dur, avec un bord inférieur régulier. La rate paraît normale.

Au toucher rectal, il n'y a rien de particulier, sauf une prostate un peu volumineuse.

Examen radiologique. — Cet examen révèle un gros cœur, un foie à bord supérieur élevé et une forte aérocolie qui déplace l'estomac. On pense d'abord pouvoir attribuer celle-ci à une purgation intempestive prise avant la radioscopie. Mais l'épreuve du transit montre qu'elle est due à un dolichocôlon. En effet, on constate, après vingt-quatre heures, une ptose du transverse, avec aérocolie gauche. L'angle colique est flexueux, mal rempli. Il y a un mélange de gaz qui rendent très difficile l'appréciation des limites de l'intestin. Au bout de quarante-huit heures apparaît un gros dolichocôlon gauche et sigmoïdien, contenant un mélange de gaz et de matières. Il est très difficile de préciser les coutures qui sont cer-

tainement nombreuses et accentuées. *Le lavement opaque* montre un très volumineux dolichocôlon sigmoïdien.

OBSERVATION VIII.

(CHIRAY, LOMON et WAHL.)

M. Ch..., 48 ans. Dolichosigmoïde. Vu pour un syndrome douloureux épigastrique, considéré comme d'origine dyspeptique et attribué à l'hyperchlorhydrie.

Histoire de la maladie. — Ces troubles sont très anciens. Déjà, vers l'âge de 20 ans, ce sujet avait eu plusieurs crises douloureuses. Mais c'est surtout depuis une quinzaine d'années que celles-ci sont fréquentes. Les douleurs débutent brutalement, le matin ou en pleine nuit, et durent toute la journée. Le malade est obligé de se coucher, car le décubitus amène une certaine détente. Il en est de même pour les alcalins. Les crises sont sans relation avec le repas. Ce qui les caractérise même, c'est l'absence d'horaire fixe, affirme le malade. Elles se calment vers la fin de la journée. Le lendemain, se fait une reprise et ainsi de suite pendant trois ou quatre jours. Le malade reste ensuite de deux à douze mois sans souffrir, quel que soit le régime suivi. Le régime antidyspeptique n'arrive pas, en effet, à empêcher les crises de se renouveler.

Le malade est constipé depuis l'enfance. A six ou sept ans, il aurait eu des coliques violentes, marquant le début de l'ère de constipation. Pendant les crises, la constipation devient absolue. Le fait est surtout net pour certaines crises intenses, plus rares, qui surviennent tous les deux ans environ. Au cours de celles-ci, qui débutent brusquement par un état nauséux et, parfois, par une perte de connaissance, la constipation dure deux ou trois jours, le malade devient subictérique et maigrit. Après la crise survient une petite débâcle.

Le malade a également des migraines qui datent de l'âge de 7 ans. Précédées de somnolence le matin et d'un vague malaise, elles affectent une forme typique et sont localisées à une moitié du crâne, droite ou gauche, parfois à la nuque.

L'appétit est bon dans l'ensemble. Mais à certains moments, il subit des troubles, soit de l'anorexie, soit des fringales, qui cessent d'ailleurs dès que le malade commence à manger. En même temps surviennent des troubles digestifs, lourdeur au creux de l'estomac pendant toute la journée.

Examen. — On trouve une douleur nette, bien localisée au point de Mac Burney. Le foie est normal. Il n'y a pas de douleur vésiculaire.

Examen radiologique. — L'intestin est radiographié quatorze heures après ingestion de baryte. Celle-ci se trouve répartie dans tout le côlon, du cæcum à l'ampoule. Le transit est donc accéléré. Le cæcum n'est ni gros, ni déformé, ni douloureux et commence à se vider. On voit de petits spasmes du transverse. L'anse oméga volumineuse et large suit le pourtour interne des côlons.

L'estomac contient environ 30 cc. de liquide à jeun. Il n'y a pas d'aérogastrie, ni de ptose. Son aspect est régulier. On ne voit ni troubles de la motricité, ni spasmes le jour de l'examen. Le pylore se montre non déformé et indolore, même à une pression énergique.

Evolution. — Revu quelque temps après, le malade dit que la durée de ses crises augmente et qu'elles sont plus violentes. Elles débutent par un état fébrile léger, avec malaise, qui simule la grippe. Les douleurs sont maintenant transversales, au milieu de l'abdomen et s'accompagnent de lipothymies effrayant l'entourage. Le malade a la sensation que, pendant la crise, son ventre est dur, mais non gonflé. A ce moment il ne peut faire aucune inspiration profonde. Les crises se terminent par des bruits gazeux avec mouvements péristaltiques visibles sous la paroi. Certaines se caractérisent par des nausées et des maux de têtes, et disparaissent subitement. Le malade a constamment des migraines.

On fait le diagnostic de volvulus répété du dolichocôlon et on conseille une intervention.

Intervention. — Celle-ci est faite en deux temps, par M. Lardennois.

1^{er} temps, le 25 juin 1927. — Après une incision médiane sous-ombilicale, on explore les deux fosses iliaques, où l'on trouve des brides et des adhérences. A droite existe une bride prétermo-iléale

qui se continue sur la face antérieure du mésentère par un placard de péritonite représenté par une plaque blanche étoilée. A gauche, le côlon sigmoïde est très développé suivant la longueur, sans modification d'aspect ni de consistance. Il existe une méso-sigmoïdite rétractile partielle. Après libération de ces brides, on fait la suture du péritoine en 2 plans, avec extériorisation du sigmoïde dans la région iliaque gauche. Le dégagement iléo-cæcal ayant pris plus d'une demi-heure, on renonce à l'opération en un temps.

2^e temps, le 27 juin. — On pratique la résection de l'anse extériorisée. La fermeture de l'anus iliaque se fait spontanément et devient complète au bout de six mois.

L'intervention produit une grande amélioration. Le poids, après une chute immédiate de 10 kilogrammes (de 58 à 48 kg.), remonte et atteint 63, puis 68 kilogrammes. L'état général devient excellent.

OBSERVATION IX.

(CHIRAY, LOMON et WAHL.)

M. E..., 35 ans. Dolichosigmoïde. Vu en mars 1929 pour des troubles gastriques et particulièrement pour une odeur très fétide de l'haleine.

Antécédents. — Le malade a eu une crise d'appendicite en 1906, à l'âge de 12 ans, sans intervention chirurgicale.

En 1924, surviennent d'importants vomissements de sang, suivis de melaena. On fait le diagnostic d'ulcère gastrique et on prescrit le régime et le traitement appropriés. Ceci est suivi d'un retour à un état de santé parfait jusqu'en 1928.

Histoire de la maladie. — En 1928, les troubles digestifs reparaissent, sous forme de brûlures gastriques et d'aérophagie. L'examen radiologique montrant un gros estomac, sans lésion visible, on fait le diagnostic d'appendicite chronique avec troubles gastriques secondaires. Le 11 décembre 1928 est pratiquée une appendicectomie avec libération de brides de Lane. Il n'en résulte aucune amélioration. Au contraire, les troubles dyspeptiques deviennent plus marqués. Outre les brûlures, un météorisme abdominal; l'émis-

sion de gaz fétides par l'anus, une odeur très mauvaise de l'haleine, incommode le malade. Cette odeur est surtout marquée à jeun, mais existe également après les repas, surtout le soir. Il faut enfin noter l'intolérance pour toutes les boissons, même le lait, ainsi qu'un subictère persistant.

On a essayé sans succès, depuis l'opération, plusieurs régimes, les sels de soude et l'eau de Vichy.

Examen. — A l'examen, on constate une haleine fétide, un gros météorisme abdominal, du clapotage et des gargouillements. Les selles sont très fétides.

Examen radiologique : Estomac. — L'estomac est très déformé par une distension gazeuse du côlon qui soulève le bas-fond et rejette le corps dans la partie postérieure de l'hypocondre gauche. Il est presque horizontal.

Intestin par transit. — L'aspect des bulles gazeuses du côlon fait prévoir le dolichocôlon dès avant la pénétration de la baryte. Mais, après elle, on le reconnaît encore plus nettement quand il est rempli à la fois par les gaz et la baryte. A ce moment, on observe aussi des signes de légère péricolite droite ainsi qu'une progression rapide de la baryte.

Lavement. — Il révèle un énorme dolichosigmoïde remontant à la hauteur de la 12^e vertèbre dorsale et extrêmement mobile.

Examen coprologique. — Il y a prédominance des putréfactions.

Traitement. — On prescrit des laxatifs doux et des grands lavements avec extrait biliaire deux fois par semaine, ainsi que le régime.

En mai 1929, le malade revient consulter. Il est amélioré par le traitement, car on constate la disparition de l'odeur de l'haleine ainsi que la diminution du météorisme. Ayant suivi moins fidèlement les prescriptions depuis quelques temps, il a été aussitôt repris d'un ballonnement énorme et de gargouillements considérables. On prescrit donc la reprise du traitement.

Le 9 novembre, le malade revient. Il va beaucoup mieux et n'a plus l'haleine forte, bien qu'il ait abandonné de nouveau son régime.

OBSERVATION X.

(CHIRAY, LOMON et WAHL.)

Mme B..., 26 ans. Vue pour un dolichosigmoïde se manifestant par une constipation chronique avec ictère.

Histoire de la maladie. — La constipation existe depuis la première enfance et résiste à tout. La malade qui reste souvent cinq à six jours sans selles a, de temps en temps, après ces longues périodes de constipation, une débâcle formidable et fétide. On note chez elle une étonnante tolérance pour les lavements. Elle ne se plaint ni de douleurs, ni de coliques, et n'a aucune atteinte de l'état général. Elle a seulement remarqué, de temps en temps, des selles décolorées avant les crises.

Cette femme vient de terminer une grossesse pendant laquelle la constipation a été encore plus marquée et s'est accompagnée d'un énorme météorisme. Au cours de cette grossesse est survenu un ictère sans douleurs, ni fièvre, et la grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré à sept mois.

Il semble donc que le dolichocôlon ait été aggravé par la grossesse, puis ait retenti sur le foie et provoqué l'ictère.

Examen radiologique. — Par le lavement baryté, on découvre un dolichocôlon sigmoïde.

OBSERVATION XI.

(CHIRAY, LOMON et WAHL.)

Mlle G..., 18 ans. Vue pour un dolichocôlon gauche à localisations multiples déterminant un mauvais état général et de la nervosité.

Antécédents. — Cette jeune fille a eu une otite à 2 ans, la coqueluche à 5 ans, la scarlatine et la rougeole à 7 ans, les oreillons à 8 ans, la diphtérie à 9 ans, enfin une varicelle. Elle se plaint en outre d'irritations répétées de la muqueuse nasale, et d'angines fréquentes. Elle a été opérée des végétations adénoïdes. On note enfin plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu.

Histoire de la maladie. — Depuis l'enfance, cette malade souffre de troubles intestinaux peu précis avec langue saburrale et haleine fétide. Mais les signes généraux dominent sous forme de fatigue, d'insomnie, de nervosité.

Examen radiologique. — Dolichocôlon gauche.

Traitement. — Amène la disparition des signes généraux et nerveux.

OBSERVATION XII.

(SEILLÉ.)

Mme D..., 35 ans. Vue pour un dolichocôlon gauche déterminant des symptômes intestinaux et rénaux. Cette malade avait été envoyée par la clinique d'urologie de l'hôpital Necker pour des « troubles coliques accompagnant une pyélonéphrite qui semble actuellement atténuée ».

Histoire de la maladie. — La malade est constipée depuis plusieurs années et, depuis six mois environ, souffre de débâcles diarrhéiques. Il y a une quinzaine de jours, cette femme a présenté une poussée de pyélonéphrite, avec pyurie et même hématurie. Elle a maigri de 12 kilos environ, reste très fatiguée, et se plaint d'un point douloureux dans la région de l'angle colique gauche.

Examen. — Le ventre est flasque, avec une ptose généralisée des organes. On observe un clapotage marqué dans la partie supérieure gauche de l'abdomen, clapotage peut-être gastrique ou peut-être colique. La langue est blanche, l'état général mauvais. La malade a un facies d'intoxiquée.

On fait le diagnostic de stase intestinale chronique, avec syndrome entérorénal.

Examen radiologique. — On ne voit rien d'anormal par voie haute, mais le lavement opaque révèle un énorme dolichocôlon gauche avec plusieurs coudures.

OBSERVATION XIII.

(CHIRAY, LOMON, WAHL.)

R..., garçon de 7 ans. Vu pour un dolichocôlon iliaque et ascendant avec inversion de l'angle splénique, se traduisant par des crises douloureuses abdominales.

Histoire de la maladie. — Le début des crises se place au cours de la même année. Elles surviennent deux ou trois fois par mois, au minimum, et s'accompagnent de vomissements. On avait fait le diagnostic d'appendicite et proposé une intervention.

Examen. — Le ventre paraît dans l'ensemble tendu et il est un peu douloureux. La pression profonde est pénible, plutôt sur le côté gauche que sur le côté droit de l'abdomen.

Examen radiologique. — L'épreuve du *transit* montre un cæcum et un côlon droit gros, mais de forme très régulière et se laissant aisément mobiliser par le palper. A la vingt-quatrième heure, le côlon droit est vide et tout le côlon gauche est injecté. On voit, par exception, à ce moment, le dolichocôlon sur tout son trajet. L'intestin forme au niveau de l'angle colique gauche une boucle complète, le côlon descendant venant croiser le transverse pour descendre ensuite verticalement dans une situation assez interne. Arrivé au niveau de la partie supérieure du sacrum, l'intestin décrit une nouvelle boucle symétrique de la première, puis rejoint le côlon pelvien.

Par le *lavement* on retrouve la même disposition. Le dolichocôlon iliaque est remarquable du fait de l'anneau complet à très, petit rayon de courbure qu'il décrit.

OBSERVATION XIV.)

(CHIRAY, LOMON, WAHL.)

P..., fillette de 8 ans, présentant un dolichocôlon sigmoïde avec vomissements acétonémiques.

Antécédents. — A l'âge de 2 ans 1/2, cette enfant a souffert d'une rougeole, compliquée d'otite double et d'accidents pulmonaires.

Histoire de la maladie. — La première crise de vomissements est survenue aussitôt après la guérison de la rougeole. Les crises qui se produisaient une fois par an, dans les premières années, tendent actuellement à devenir fréquentes. Elles débutent brusquement et se caractérisent par des vomissements répétés, verdâtres, des douleurs abdominales très vives, une anorexie complète. En même temps on observe une coloration terreuse des téguments et une élévation de la température aux environs de 38 degrés. Ces crises durent deux, trois ou quatre jours.

En novembre 1929, on a trouvé de l'acétone dans l'urine, pendant une crise, et, ultérieurement, la même constatation fut faite en avril 1930. La dernière crise date du début de juillet.

Examen. — Il s'agit d'une enfant maigre, à teint terreux, à langue saburrale. Le ventre est légèrement météorisé, sans aucune contracture et sans points douloureux. Il n'y a en particulier pas de signes d'appendicite.

Le foie paraît légèrement augmenté de volume et sensible dans son ensemble.

Au point de vue digestif, on apprend encore que l'enfant a en général des selles très abondantes et qu'elle tolère particulièrement bien les grands lavements.

Examen radiologique. — Par le lavement baryté on observe un intestin régulier, d'assez gros diamètre, avec une anse sigmoïde longue remontant hors du bassin en décrivant une coudure aiguë dans la fosse iliaque gauche.

CONCLUSION

Tout ce qui a trait au dolichocôlon est encore à l'étude.

Au point de vue étiologique et pathogénique, bien que l'incertitude soit grande, il semble qu'on puisse admettre l'existence de dolichocôlons congénitaux et de dolichocôlons acquis. La pratique systématique d'examens radiologiques chez des sujets très jeunes nous renseignera peut-être à cet égard dans quelques années.

Au point de vue clinique et radiologique, on est arrivé à un résultat certainement appréciable : l'isolement, au milieu d'autres syndromes intestinaux variés, d'un nouveau syndrome reposant sur une triade symptomatique, dont l'observation aide à mettre sur la voie d'un diagnostic qui sera précisé de façon indubitable par une étude radiologique correctement pratiquée : par transit, par lavement.

Le traitement est à mettre au point. Il est inutile d'insister sur la nécessité d'un traitement médical préalable. Dans les cas simples, sans complications, le problème de l'intervention chirurgicale est délicat. Dans les cas compliqués de volvulus, de péricolite..., il n'est plus discutable.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 janvier 1932.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — Volvulus de l'S iliaque. *Soc. chir.*, t. XLVI, p. 1456, 15 déc. 1920.
- BÉCLÈRE. — A propos des variations de longueur du gros intestin. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. XIII, p. 270, 1923.
- BELOT. — Un cas de dolichocôlon. *Bull. et mém. de la Soc. de radiol. méd. de France*, t. VIII, p. 98, 1920.
- BENSAUDE et MONOD. — Le dolichosigmoïde. *Ann. de méd.*, t. XXXVII, p. 364, avril 1930.
- BÉRARD et PATEL. — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. *Revue de chirurgie*, mai 1903, et *Semaine médicale*, p. 314, 1903.
- BRYANT. — Observations upon the growth and length of the human intestine. *Ann. journ. of med. sc.*, t. CLXVII, p. 499, 1924.
- BLACK. — Displacements of the côlon. *Ann. of surg.*, t. LVI, p. 889, 1912.
- CARNOT. — Un cas d'acromégalie. Tumeur hypophysaire avec mégacôlon. *Paris médical*, n° 45, p. 417, 9 nov. 1929.
- CHIRAY, LOMON et WAHL. — Le dolichocôlon. Masson et C^{ie}, Paris, 1931.
- CHIRAY et STIEFFEL. — La colite muco-membraneuse. Masson et C^{ie}, Paris, 1930.
- DAGNE. — Contribution à l'étude des volvulus du côlon transverse. Thèse de Toulouse, 1926-1927.
- DELBET. — Mégacôlon avec rétrécissement valvulaire du rectum. *Bull. et mém. soc. chir.*, p. 893, 1920.
- DURAND. — L'administration fractionnée des laxatifs dans le traitement de certaines constipations. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 19 déc. 1929, p. 1281.

- DUVAL et J.-C. ROUX. — La reconstitution d'un pseudo-cæcum aux dépens du côlon. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1923.
- FENWICK. — Hypertrophy and dilatation of the côlon in infancy. *Brit. med. journ.*, t. II, p. 564, 1900.
- FORGUE. — Quelques précisions sur le volvulus du côlon pelvien. *Presse médicale*, janv. 1920.
- FRIEDEL et JAUZEAS. — Exploration de l'anse sigmoïde par la radiographie. *Soc. méd. hôp.*, 1913.
- GIRAULT. — Un traitement médical des dolichocôlons. *Arch. mal. app. dig.*, t. XVI, 719, mai 1926.
- GYSI. — Variationem u. Anomalien in der Lage. *Arch. für Anat. und physiol. Anat. Abt.*, p. 157, 1914.
- HOUDARD. — A propos de deux cas de dolichocôlon. *Bull. et mém. de la Soc. chir.*, t. LII, p. 643, 1927.
- INGERBRITSEN. — Volvulus de l'S iliaque. *Lyon chirurgical*, p. 469, sept.-oct. 1919.
- KUMMER. — A propos de l'adaptation morphologique et fonctionnelle du segment terminal de l'intestin après résection colique. *Arch. des mal. app. dig.*, t. XV, p. 243, 1925.
- LANE. — Chronic intestinal stasis. *Brit. med. journ.*, 22 avril 1911.
- LARDENNOIS et AUBOURG. — Allongements segmentaires du gros intestin. *Journ. de rad. et d'électrol.*, p. 65, févr. 1914.
- LECÈNE. — Volvulus du gros intestin. *Rev. de chir.*, janv. 1910.
- LEJARS. — Stase intestinale chronique. *Semaine médicale*, p. 241, 24 mai 1911.
- LEVEUF. — Cæcum mobile avec allongement du côlon ascendant (dolichocôlon). *Bull. soc. anat. Paris*, t. XVI, mars 1914.
- LIAN et JOANNON. — Les syncopes et les douleurs sous-mammaires gauches des constipés. *Journ. de méd. et chir. prat.*, p. 533, 10 août 1921.
- MARFAN. — Le gros ventre des enfants dyspeptiques et l'augmentation de longueur de l'intestin. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril 1903.
- PAUCHET. — Dolichocôlon sigmoïde traité par colectomie. *Paris chirurgical*, t. XX, 1928.
- POTAIN. — Du volvulus de l'S iliaque du côlon. *Gaz. méd. de Paris*, t. II, p. 583, nov. 1879.

- POZZI. — XVIII^e Congrès de chirurgie, 1905, et *Semaine médicale*, p. 487, 1905.
- REICHENECKER (Mlle). — Un nouveau mode de traitement des mégadolichocôlons. *Arch. mal. app. dig.*, p. 866, 1929.
- SAMSON (Von). — Einiges über den Darm, insbesondere die Flexura sigmoïdea. *Arch. f. Klin. chir.*, t. XLIV, p. 146, 1892.
- SEILLÉ. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon. Thèse Paris, 1929.
- SLESINGER. — Elongation of the pelvic colon and its surgical treatment. *Lancet*, t. CCXI, p. 274, 1926.
- STRAUSS. — Dolichosigmoïd als Krankheitursache. *Med. Klin.*, t. XLI, p. 1579, 1929.
- WALTHER. — Anomalie du gros intestin. Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque. *Bull. soc. anat. Paris*, t. LXIII, p. 256, 1888.
- WADE et ROYLE. — Operative treatment of Hirschprung's disease. *Med. Journ. of Australia*, t. I, p. 137, 1927.
- ZORZI. — Sull' etiologia del dolichocôlon. *Radiol. med.*, t. XII, p. 547, 1925.

